

Встановлено, що ІЛ-8 має середню діагностичну цінність (площа під ROC-кривою дорівнює  $0,74 \pm 0,09$ ) при загостренні хронічного гнійного риносинуситу. При середніх значеннях специфічності (64,29%) та чутливості (71,43%) методу, діагностична значуща концентрація ІЛ-8 у сироватці крові складає 11,75 пг/мл. Таким чином, використання ІЛ-8 у якості неінвазивного додаткового діагностичного критерію загострення хронічного гнійного риносинусита не є доцільним у зв'язку з доволі низькими значенням специфічності та чутливості методу у порівнянні з показаною нами раніше ефективністю використання ІЛ-12, фракталкіну та моноцитарного хемоаттрактантного білку – 1 (MCP-1) у якості діагностичних біомаркерів хронічного гнійного риносинуситу у стадії загострення.

**Висновки.** Визначення сироваткового вмісту ІЛ-8 має середню цінність при діагностиці загострення хронічного гнійного риносинуситу у стадії загострення, тому ми не рекомендуємо використовувати визначення ІЛ-8 у якості додаткового діагностичного критерію гнійної форми хронічного риносинуситу.

### **ЧИ МОЖЛИВО ВИКОРИСТОВУВАТИ ВИЗНАЧЕННЯ СИРОВАТКОВОГО МОНОЦИТАРНОГО ХЕМОАТТРАКТАНТНОГО БІЛКУ-1 (MCP-1) З ДІАГНОСТИЧНОЮ МЕТОЮ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГНІЙНОМУ РИНОСИНУСИТІ?**

**Онщенко А.І., Ткаченко А.С.**

*Харківський національний медичний університет*

**Обґрунтування та мета.** Відомо, що рівні хемокінів, тобто різновидів цитокінів, які здатні активувати міграцію клітин імунної системи до зони запалення, у сироватці крові відображають інтенсивність локальних запальних процесів. Одним з хемокінів є моноцитарний хемоаттрактантний білок-1 (MCP-1), що бере участь у контролі міграції моноцитів при запальних захворюваннях різного генезу. Діагностична значущість визначення MCP-1 у сироватці крові хворих на хронічний гнійний риносинусит не визначалась, тому метою роботи було дослідження потенційної ролі визначення сироваткового рівня MCP-1 у неінвазивній діагностиці загострення гнійної форми хронічного запалення приносних пазух.

**Методи.** Обстежено сорок пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні у КЗОЗ «ЦЕНТР ЕМД та МК» м. Харкова. Вони сформували дві групи з рівною кількістю людей ( $n=20$ ). Основна група включала пацієнтів з хронічним гнійним риносинуситом у стадії загострення, який було підтверджено клінічними та лабораторно-інструментальними методами. Критеріями виключення були вагітність, наявність будь-якої гострої чи хронічної запальної патології, гіпертонічної хвороби, ендокринних та онкологічних захворювань. Таким чином, контрольна група була сформована з соматично здорових людей без ознак запальної патології. Вони знаходились у стаціонарі у зв'язку з деформованою носовою перетинкою.

Усі маніпуляції з пацієнтами були проведені згідно з положеннями Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р), Гельсінкської декларації (1964-2000 рр.) та наказу МОЗ України № 281 від

01.11.2000 р. Дослідження не викликало нарікань з боку Комісії з етики Харківського національного медичного університету.

Вміст МСР-1 у сироватці крові досліджували імуноферментним методом з використанням ІФА-набору компанії «eBioscience» (Австрія) та подальшою реєстрацією оптичної щільності розчинів на імуноферментному аналізаторі «Awareness Technology Stat Fax 303 Plus» (США).

Статистично дані оброблялися за допомогою програми «Graph Pad Prism 5» з підрахунком U критерію Манна-Уїтні. Цифрові дані презентовані як медіана (Me) та інтерквартильний розмах (25%; 75%). ROC-аналіз з розрахунком площі під кривими (AUC - Area Under Curve) дозволив визначити діагностичну цінність МСР-1 при патології, що досліджується.

**Результати.** У хворих на загострення хронічного гнійного риносинуситу концентрація МСР-1 сягала 497,20 (75,13; 624,2) нг/мл проти 51,50 (49,26; 61,28) нг/мл у контролі.

ROC-аналіз дозволив встановити, що достовірний ( $p < 0,001$ ) діагностичний рівень сироваткового МСР-1 при хронічному гнійному риносинуситі у стадії загострення складає 62,8 нг/мл (рис. 2). Визначення МСР-1 є чутливим (80%) і специфічним (83,33%) методом неінвазивної діагностики загострення хронічного гнійного риносинуситу. Високе значення AUC, що дорівнювало  $0,85 \pm 0,07$ , свідчить про значну діагностичну цінність МСР-1 при гнійній формі хронічного риносинуситу.

**Висновки.** Рівень МСР-1 у сироватці крові понад 62,8 нг/мл є діагностично значущим у хворих на хронічний гнійний риносинусит у стадії загострення.

## **АНАЛІЗ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖИТЕЛІВ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТТГ І ВІЛЬНОГО Т4**

**Падалкіна А. С.**

*Кафедра клінічної лабораторної діагностики, ХНМУ*

Медицина говорить: чим активніше працює орган, тим більше він схильний до несприятливих впливів. Це ставитися і до щитовидної залози - досить маленькому органу, який виконує вкрай важливі функції в організмі людини. Залозиста тканина дуже чутлива до радіації. Гормон ТТГ (скорочено, від «тиреотропний гормон», тобто гормон, призначений для щитовидної залози) виробляється клітинами гіпофіза у відповідь на зниження рівня тиреоїдних гормонів Т4 і Т3 в крові. ТТГ з кров'ю доставляється до клітин щитовидної залози і взаємодіє з особливою областю на поверхні клітин, званої рецептором до ТТГ. При впливі тиреотропного гормону на рецептор до ТТГ відбувається два типи ефектів: - посилення функції клітин щитовидної залози, тобто щитовидна залоза по «команді» ТТГ активніше виробляє гормони Т4 і Т3; - посилення процесів росту тканини щитовидної залози зі збільшенням загального обсягу цього органу.